

GE_GERICHTE ATAS/332/2024 vom 15. Mai 2024

GE Cour de justice, 2024-05-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_332_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/332/2024 du 15 mai 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/332/2024 del 15 maggio 2024

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

A/2243/2022 - 10/20 - La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2.1

La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812). En l'occurrence, le contrat entre la défenderesse et l'ancien employeur de la demanderesse a été conclu avant le 1er janvier 2022 et l'objet du litige n'entre pas dans le champs d'application de la disposition transitoire précitée, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 2.2

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne physique/personne morale, le for est celui de son domicile/de son siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 29 des Conditions générales pour l'assurance maladie collective (édition 07.2020) (ci-après : CGA) prévoit que pour les actions dirigées par des employés assurés contre l'assureur sont compétents au choix les tribunaux du siège de ce dernier ou ceux du lieu de travail des premiers. La demanderesse ayant travaillé en dernier lieu à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître

de la présente demande.

E. 3.1

La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés.

E. 3.2

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque

A/2243/2022 - 11/20 - les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant rappelé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 3.3

S'agissant de la forme de la demande, selon l'art. 244 al. 1 let. a CPC, celle-ci doit contenir la désignation des parties.

E. 3.4

L'action en paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée, conformément à l'art. 84 al. 2 CPC. Le chiffrage des actions en paiement d'une somme d'argent compte parmi les conditions de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4S_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et que l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b).

E. 3.5

Selon l'art. 87 LCA, l'assurance collective contre les accidents ou la maladie donne au bénéficiaire, dès qu'un accident ou une maladie est survenu, un droit propre contre l'assureur. Un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA, couvrant les employés pour le risque de perte de gain en cas de maladie, est une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (soit le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (arrêt du Tribunal fédéral 4A_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 4.2). Un employé a ainsi la légitimation active pour agir contre l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.42/2005 du 21 avril 2005 consid. 3).

E. 3.6

La demande, qui satisfait aux exigences de forme fixées par le droit fédéral, est recevable. La demanderesse a amplifié ses conclusions en cours de procédure. Les conditions de l'art. 227 al. 1 CPC sont présentement réalisées, la défenderesse ne s'étant en particulier pas opposée à l'amplification des conclusions qui sont à l'évidence en lien de connexité avec la demande initiale, de sorte que les conclusions de la demande dans leur version modifiée sont recevables.

E. 4

Le litige, tel que délimité par les conclusions de la demande, porte sur le droit de la demanderesse au versement d'indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2021.

E. 4.1

non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). En conséquence, l'ayant droit est tenu de prouver les faits relatifs à la "justification de ses prétentions" (selon la note marginale de l'art. 39 LCA), à savoir l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du cas d'assurance et l'étendue de ses prétentions, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (cf. ATF 148 III 105 consid. 3.3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.1). L'art. 8 CC ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction

A/2243/2022 - 13/20 - (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Le degré de preuve ordinaire s'applique à l'incapacité de travail alléguée en lien avec la survenance du cas d'assurance. Par conséquent, la preuve est apportée lorsque le tribunal, en se fondant sur des éléments objectifs, est convaincu de l'exactitude d'une allégation de fait. Il suffit qu'il n'y ait plus de doutes sérieux quant à l'existence du fait allégué ou que les doutes qui subsistent éventuellement paraissent légers (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1).

E. 5

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

A/2243/2022 - 12/20 - La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). Lorsque la maxime inquisitoire sociale trouve application, le juge n'est en revanche pas lié par les allégations et les offres de preuve des parties (ATF 142 III 402 consid. 2.1 ; 139 III 457

consid. 4.4.3.2). Des allégués et offres de preuve peuvent être produits par les parties jusqu'aux délibérations en application de l'art. 229 al. 3 CPC (ATF 142 III 402 consid. 2.1).

E. 6.1

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid.

E. 6.2

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

E. 6.3

La partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

E. 7.1

L'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d; 127 III 248 consid. 3a, consid. 2a) ; cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; 129 III 18 consid. 2.6).

A/2243/2022 - 14/20 -

E. 7.2

Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157 CPC, qui dispose que le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive. Le juge

apprécie librement la force probante des preuves administrées en fonction des circonstances concrètes, sans être lié par des règles légales et sans être obligé de suivre un schéma précis (arrêt du Tribunal fédéral 5A_113/2015 du 3 juillet 2015 consid. 3.2). L'obligation du tribunal de motiver son appréciation des preuves, c'est-à-dire d'indiquer les raisons pour lesquels il considère un fait ou la conclusion d'une expertise comme établi, découle de l'obligation de motiver liée au droit d'être entendu (arrêt du Tribunal fédéral 5A_663/2015 du 7 mars 2015 consid. 3.1). Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1).

E. 7.3

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). L'expertise, en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC (cf. ci-dessus : consid. 6.2), ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC.

A/2243/2022 - 15/20 - Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Les allégations précises de l'expertise privée – contestées de manière globale – peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1 et 3.2). Si elles ne sont pas corroborées par de tels indices, elles ne peuvent être considérées comme prouvées en tant qu'allégations contestées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5). Les mêmes principes s'appliquent mutatis mutandis aux allégations précises résultant du rapport d'un médecin traitant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_42/2017 du 29 janvier 2018, consid. 3.3.3 non publié à l'ATF 144 III 136).

E. 8.1

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit

privé, plus particulièrement à la LCA (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au CO pour tout ce que la LCA ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c). La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

E. 8.2

En l'espèce, la police d'assurance (n° U46.2.024.933) prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 80% du salaire assuré, versée pendant 730 jours au maximum, après un délai d'attente de 30 jours. Selon l'art. 4 al. 1 1er paragraphe des CGA, auxquelles renvoie la police d'assurance précitée, « est considérée comme maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail ». Selon l'al. 4 de la même disposition, « est considérée comme incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas de durée plus longue, et au plus tard après six mois, l'activité qui peut raisonnablement être exigée dans une autre profession ou un

A/2243/2022 - 16/20 - autre domaine d'activité sur le marché du travail équilibré est également prise en considération. Pour juger de la présence d'une incapacité de travail, sont exclusivement prises en compte les conséquences de l'atteinte à la santé. Les facteurs étrangers à la maladie ne sont pas pris en compte. De plus, il n'y a incapacité de travail que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable ».

E. 9.1

En l'occurrence, la défenderesse a versé des indemnités journalières à la demanderesse sur la base des certificats d'arrêt de travail et des rapports établis par les Drs C_____, médecin traitant, et D_____, psychiatre traitante, pour la période du 12 mai au 15 juin 2021, puis, sans reconnaissance d'une incapacité de travail, jusqu'au 30 novembre 2021. Elle a cessé de prêter en se référant aux rapports de ses médecins-conseils, ainsi que de celui du Dr E_____, qu'elle avait mandaté pour examiner l'assurée.

E. 9.2

La demanderesse, pour sa part, conclut au paiement des indemnités journalières auxquelles elle prétend avoir droit à 100% du 1er décembre 2021 au 30 juin 2022 et à 50% du 1er juillet 2022 au 4 novembre 2022, en se référant notamment aux avis de ses médecins traitants précités, et en contestant la valeur probante du rapport du Dr E_____.

E. 9.3

Le rapport du Dr E_____, établi en pleine connaissance du dossier, se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la demanderesse et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Le vocabulaire utilisé par le médecin n'a pas pour but d'orienter vers ses conclusions, contrairement à ce que soutient la demanderesse, mais apparaît approprié pour décrire des faits et rapporter les constatations médicales de l'examineur, desquelles découlent des conclusions qu'il a dument motivées. La seule éventuelle mention erronée du mode de transport utilisé par la demanderesse pour se rendre à son cabinet n'est pas suffisante pour remettre en question les conclusions du rapport, dans la mesure où non seulement la question de la capacité à conduire un véhicule à moteur n'est pas déterminante en l'espèce, mais que de surcroît la demanderesse n'a pas nié conduire à l'époque concernée, seule cette occasion précise étant litigieuse. Le terme « appréhension » utilisé par le médecin pour qualifier le sentiment exprimé par la demanderesse en lien avec la reprise d'un emploi est, contrairement à ce que prétend l'intéressée, choisi à bon escient, puisqu'une anxiété persistante à ce sujet est écartée par le spécialiste. Cette conclusion est d'ailleurs corroborée par la psychiatre traitante. Le Dr E_____ a exposé les différents critères diagnostics permettant de retenir un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive et a expliqué de manière détaillée pour quels motifs la plupart desdits critères n'étaient pas remplis. La Dre D_____, lors de son audition par la chambre de céans, ne l'a d'ailleurs pas contredit, reconnaissant que seuls subsistaient, déjà à l'été 2021, des troubles de la concentration, ainsi qu'une importante fatigue. Il a expliqué de

A/2243/2022 - 17/20 - manière convaincante que ces symptômes n'étaient à eux seuls constitutifs d'aucune pathologie psychiatrique reconnue et qu'en conséquence, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue au titre d'affection psychique. Cette considération est par ailleurs renforcée par la remarque du Dr C_____, lequel – tout en se référant au rapport du Dr E_____ s'agissant de la description d'une journée-type – mentionnait l'absence d'impact des symptômes sur la vie privée de sa patiente. La possible dysthymie évoquée par le Dr G_____, neurologue, est impropre à ébranler les conclusions du Dr E_____. En effet, non seulement la jurisprudence retient qu'une dysthymie n'est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail que lorsqu'elle se présente avec d'autres affections faisant défaut au cas d'espèce (ATF 143 V 418 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_146/2015), mais surtout ce diagnostic ne saurait entrer en considération en présence d'une thymie neutre confirmée par la psychiatre traitante depuis juillet 2021 (rapport du 27 septembre 2021). La Dre D_____ avait d'ailleurs prescrit l'antidépresseur à demi-dose et spécifiquement pour son action sur les troubles cognitifs, ce qui vient corroborer l'absence de symptômes de la lignée dépressive à tout le moins depuis l'été 2021. Dans cette mesure, les psychiatres se rejoignent, à quelques jours près, sur le moment à partir duquel les symptômes incapacitants de nature psychiatrique se sont amendés. Le fait que le Dr E_____ retienne une récupération de la capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique exclusivement, le 15 juin 2021, plutôt que le 30 ou le 15 juillet 2021 n'est dès lors pas déterminant pour juger de la valeur probante de son rapport, ce d'autant que cela s'est finalement révélé sans conséquence sur la suppression des prestations par l'intimée, celle-ci ayant continué à verser les indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2021. Or, cette date correspond à la fin de l'incapacité de travail retenue par la psychiatre traitante elle-même du point de vue de sa seule spécialité. Quant à l'avis du Dr C_____ sur l'aptitude de la demanderesse à accomplir ses tâches professionnelles, il n'est pas non plus de nature à faire douter des conclusions du Dr E_____. En effet, ce médecin, dont la spécialité n'est pas la psychiatrie, a déclaré à la chambre de céans que la persistance des

troubles de la concentration et de la fatigue étaient, de son point de vue, à mettre en lien avec le licenciement et le conflit opposant la demanderesse à l'intimée. Or, il s'agit là de facteurs étrangers dont la défenderesse n'a pas à répondre (cf. art. 4 al. 4 CGA). Enfin, la persistance des perturbations émotionnelles alléguée par la demanderesse sous forme d'accès de colère est démentie tant par le Dr E_____ que par la Dre D_____. Il suit de ce qui précède que les conclusions du rapport du Dr E_____, au demeurant confirmées par le Dr I_____, emportent conviction et qu'il convient de retenir que la demanderesse ne présentait plus, à la date de suppression des prestations, d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

A/2243/2022 - 18/20 -

E. 9.4

Le Dr E_____ a en revanche réservé une incapacité de travail justifiée par une pathologie d'ordre somatique, mentionnant notamment une anémie ferriprive, un syndrome de la ménopause et un trouble intrinsèque du sommeil. À ce propos, il sied de relever que les troubles du sommeil supposés ont été écartés par un examen polysomnographique effectué en août 2021. À cette occasion, la demanderesse a d'ailleurs déclaré au Dr F_____ avoir un bon sommeil. Le Dr C_____, qui a confirmé la compensation de l'anémie ferriprive par les injections du point de vue biologique, a nié l'effet de ces dernières sur la clinique. Or, ce même médecin a aussi relaté une amplification des plaintes de la demanderesse (audience du 26 février 2024), ce qui relativise les propos tenus par l'intéressée à son médecin traitant et à sa psychiatre, ce d'autant qu'elle avait exposé une amélioration de sa fatigue au Dr F_____ en août 2021. Les autres investigations n'ont pas permis de mettre en évidence une quelconque pathologie incapacitante. En particulier, l'ensemble des examens neurologiques s'est révélé dans la norme. Les tests neuropsychologiques de septembre 2021 n'ont mis en évidence qu'un défaut d'attention sélective visuelle. Des problèmes cognitifs importants ont été écartés, singulièrement s'agissant de la mémoire, de la fatigabilité et de la concentration. À ce dernier propos, les limitations fonctionnelles décrites par la Dre D_____ l'ont été sur la seule base des déclarations de sa patiente, sans qu'elle n'ait elle-même constaté de difficultés de ce type lors des multiples entretiens qu'elle a eus avec elle, et sont valablement contredites par les tests spécialisés réalisés. Les déficits allégués en neurotransmetteurs ne sont pas démontrés. Ils reposent sur un questionnaire déclaratif – soit sur les seules allégations de la demanderesse – effectué par un hypnothérapeute, sans vérification par un médecin, ni attestation d'incapacité de travail médicale expressément liée à cette prétendue carence. La question du défaut de neurotransmetteurs est un objet de recherche médicale (cf. déclarations de la Dre D_____ à l'audience du 26 février 2024), et ne fait donc pas (encore) l'objet d'un consensus médical. Selon la psychiatre précitée, il n'existe d'ailleurs pas de protocole validé pour une supplémentation, à l'exception de la sérotonine et de la dopamine via les antidépresseurs. Dans ces circonstances, une éventuelle influence du défaut de neurotransmetteurs sur la capacité de travail n'a pas à être investiguée plus avant, faute de pouvoir obtenir un avis reconnu scientifiquement. Quant au syndrome de la ménopause, le médecin traitant n'en a pas fait état dans ses rapports à la défenderesse. Entendu par la chambre de céans, il a mentionné comme ayant une influence sur la capacité de travail exclusivement des symptômes liés au trouble de l'adaptation (outre des facteurs externes). Dans cette mesure, l'hypothèse mentionnée par le Dr E_____ n'est pas confirmée et cette

A/2243/2022 - 19/20 - affection ne saurait se voir reconnaître une quelconque influence déterminante sur l'aptitude de la demanderesse à accomplir son travail. Enfin, la Dre L._____ a clairement signifié que la candidose diagnostiquée par ses soins n'entraînait aucune incapacité de travail.

E. 9.5

Il suit de ce qui précède qu'il n'est pas nécessaire de procéder aux mesures d'instruction offertes, et en particulier à l'expertise multidisciplinaire requise par la demanderesse, le dossier permettant de statuer sur le droit litigieux. Ces mesures ne pourraient amener la chambre de céans à modifier son appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ARD 138 III 374 consid. 4.3.2)

E. 9.6

Pour l'ensemble des motifs exposés, il convient de débouter la demanderesse de sa conclusion tendant au paiement d'indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2021, l'intéressée ayant pleinement recouvré sa capacité de travail à cette date. Cette conclusion est au demeurant celle à laquelle sont parvenus les organes de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage, les premiers ayant estimé que la demanderesse ne présentait aucune atteinte à sa santé invalidante et les seconds l'ayant considérée comme apte au placement à plein temps. La demanderesse ne s'est pas opposée à ces décisions, de manière contradictoire avec la position adoptée vis-à-vis de la défenderesse.

E. 10

La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]), ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/2243/2022 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.